

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR

28

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

HÉPATITE AMIBIENNE CHRONIQUE

par Jean BEAU

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

OLLIER-HENRY

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26,

PARIS (VI^e Arr^t)

1920

28

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

HÉPATITE AMIBIENNE CHRONIQUE

par Jean BEAU

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye



Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

OLLIER-HENRY
IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26,

PARIS (VI^e Arr^t)

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. Professeurs	M. G.-H. ROGER. MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	N.
Histologie.	LETULLE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	N.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène.	CARNOT
Médecine légale	QUANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	N.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	DEBOVE
	WIDAL.
	GILBERT
	CHAUFFARD
Maladies des enfants.	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPR.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE.
	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	LEJARS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	RIBEMONT-
	DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique de la 1 ^{re} enfance	MAIFAN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOUILLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET ANDRÉ	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE HENRI	MOCQUOT	SCHWARTZ. (Anselme)
CASTAIGNE	LAIGNEL - LAVAS-	MILON	SICARD
CHAMPY	TINE.	NICLOUX	TANON
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
DESMAREST	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
GOUGOIRE	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
	LEQUEUX	BETTERER	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Chevalier de la Légion d'Honneur

MEIS ET AMICIS

Hépatite amibienne chronique

L'histoire clinique et parasitologique de l'amibiase s'est considérablement étendue depuis la guerre. La lecture des travaux classiques de Kelsch et Kiener, Dopter, Vincent et Muratel, des livres de Fontan et Bertrand, des articles de Chauffard, de Castaigne et Chiray nous montre en effet que si les formes aiguës de l'amibiase intestinale ou hépatique étaient très complètement étudiées, les formes chroniques par contre, étaient beaucoup moins connues.

La recherche systématique des Kystes amibiens dans les selles des anciens dysentériques ou au cours de diarrhées chroniques banales d'apparence permit d'étendre singulièrement le domaine clinique de l'amibiase intestinale. Les travaux de Ravaut et Krobunitzky, de Mathis et Mercier, de Mauté, de Carles et Barthélemy sont parmi les plus importants. Grâce à ces recherches on put décrire de nombreuses formes larvées ou frustes de la dysenterie amibienne. Leur

étude clinique précisée par Ravaut et Charpin a été résumée dans la thèse de Charpin.

La connaissance de ces formes et des porteurs de kystes permet d'envisager la dysenterie amibienne comme une maladie chronique à épisodes aigus et de la comparer à la syphilis et au paludisme.

Si l'on a pu en dehors du syndrome dysentérique avec selles nombreuses sanglantes et glaireuses observer de diarrhées chroniques et de nombreux troubles gastro-intestinaux d'apparence banale, on a décrit également à côté des formes graves et complètes de l'hépatite amibienne suppurée, des formes atypiques et des formes chroniques.

Ravaut et Charpin montrèrent l'aspect paradoxal que pouvaient présenter les hépatites suppurées avec suppression de l'amibiase intestinale pendant leur évolution. Françon consacra sa thèse à l'hépatite aigue abortive et montra que sous l'influence du seul traitement médical, une hépatite amibienne peut être arrêtée dans son évolution vers la suppuration.

Mais ce sont là des formes aiguës de l'amibiase hépatique. Comme formes chroniques il s'agit soit d'hépatites suppurées ayant rétrocedé spontanément et donnant anatomiquement des abcès fibreux décrit par Kelsch et Kiéner, soit de certaines formes de cirrhose hépatique à type hypertrophique et nodulaire, qui cliniquement se rapportent aux gros foies bosselés amibiens de M. Ravaut et dont l'examen anatomique avait été fait dès 1914 par M. Achard et Foix.

L'hépatite amibienne chronique, caractérisée par une évolution très lente sans aucune tendance à la suppuration malgré l'absence de tout traitement, a été décrite par MM. Paiseau et Hutinel, d'abord à la Société Médicale des Hôpitaux (8 novembre 1918), puis dans un article d'ensemble paru dans les *Annales de Médecine* (1919, n° 1). Nous avons eu l'occasion d'observer l'an dernier à l'hôpital Laennec un malade, dysentérique depuis 20 ans, qui était un cas typique du syndrome décrit par MM. Paissaau et Hutinel, comportant outre l'évolution chronique une hypertrophie hépatique modérée ou même nulle, des symptômes de réaction pulmonaire au niveau de la base droite, des signes de névralgie phrénique.

C'est à propos de l'observation de ce malade que nous revenons sur la question de l'hépatite amibienne chronique. Nous tenons à remercier MM. Paiseau et Hutinel de l'amabilité qu'ils nous ont témoigné, en mettant à notre disposition quelques observations inédites d'hépatite amibienne chronique.

OBSERVATION I (Personnelle)

Le malade E. Eugène, âgé de 44 ans, exerçant la profession de garçon de restaurant, entre à l'hôpital Laennec le 9 avril 1919.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler. Père mort à 21 ans. Mère morte d'ulcus gastrique.

Antécédents personnels : Aurait eu des épistaxis répétées entre 11 et 19 ans à la suite d'un traumatisme. Aucune autre manifestation pathologique jusqu'en :

1895-1896 : A cette date le malade part à Saïgon pour faire son service militaire, et pendant les trois derniers mois de son séjour en Indo-Chine il est pris de diarrhée sanglante. Cette diarrhée est soignée uniquement par le repos et le régime lacté ; elle dure trois mois, puis dès le retour en France fait place à une constipation opiniâtre avec vagues douleurs abdominales, sensation de plénitude et de pesanteur abdominale après le repas.

Le malade se rappelle fort bien avoir eu au cours de cette période des points douloureux au moignon de l'épaule à droite.

En 1905 : Pendant un mois environ le malade fait une poussée évolutive aiguë, la température monte à 40, le syndrome dysentérique, avec ténésme, barre transversale, colique, selles sanglantes et nombreuses reparait. Le malade se rappelle qu'examiné à ce moment on a constaté chez lui une augmentation de volume du foie qui était douloureux à la palpation ; en même temps le malade accusait de la douleur

à l'épaule droite en arrière. — La fièvre se présentait sous forme d'accès survenant tous les 2 ou 3 jours avec brusque ascension et descente brusque, le teint était subictérique. Les urines étaient foncées, hautes en couleur. Le régime lacté et le repos firent que ces accidents s'améliorèrent au bout d'un mois et demi.

En septembre 1915 : Réapparition de la diarrhée sanglante qui avait totalement disparu depuis 1905. Le malade était à ce moment là sur le front français à Ribécourt. Hospitalisé à Compiègne, il est traité pour une entérite banale, par le repos et le régime. Guérison en un mois. Au cours de cette poussée d'entérite les douleurs à l'épaule que le malade présentait d'une façon à peu près continue ne se sont pas exagérées. On n'a pas constaté d'augmentation de volume du foie.

En janvier 1916 : Nouvelle crise de diarrhée sanglante, ayant duré un mois et traitée par le régime lacto-végétarien.

En mai 1916 : Le malade part pour Salonique malgré une nouvelle crise de diarrhée sanguinolente. Le lendemain de son débarquement, la diarrhée sanglante qui pendant la traversée avait fait place à de la constipation reparait avec une grande intensité : 30 à 40 selles par jour, syndrome dysentérique au complet. Cette crise n'est pas traitée par l'éméline et dure deux mois et demi, au bout desquels le malade est rapatrié. En rentrant en France il est soigné à Avignon pour entérite, puis repart au front.

Fin 1916 : Étant au front le malade a une poussée évolutive analogue à celle de 1905. La température survient par accès intermittents avec maxima le matin à 40°, sueurs abondantes après l'accès, selles sanglantes, nombreuses. Vomissements bilieux. Le malade ressentait une pesanteur dans l'hypochondre droit, mais n'avait pas de point douloureux au

niveau du foie. Pas d'exagération de la douleur à l'épaule. On institue chez lui un traitement par la quinine qui reste sans action sur les poussées fébriles et provoque rapidement des douleurs gastriques. On ne le continue pas.

En juillet 1918. — Le malade entre à l'hôpital de St-Dié pour une nouvelle crise dysentérique ; on fait un examen de selles et l'on constate la présence de nombreuses amibes vivantes. Le malade prend de l'iodure double, Hq. d'émétine et de bismuth.

Du 21 juillet au 8 août : 8 piqûres de 0,04 d'émétine.

Du 13 septembre au 16 octobre : 0^m 60 d'émétine en une série.

16 pilules de segond.

A la sortie de l'hôpital on ne constate dans les selles ni amibes, ni kystes.

• Le malade entre enfin à l'hôpital Laennec le 9 avril 1919.

Examen : Le malade est fatigué et amaigri ; il est pâle, mais non subicterique, présentant cet aspect spécial des vieux coloniaux, se plaint de douleurs abdominales vagues avec ténésme.

Les selles : fréquentes, peu abondantes et caractéristiques ayant l'aspect de crachat muco-sanguinolent ; l'examen microscopique y montre de nombreuses amibes vivantes, avec teinte verdâtre et globules rouges inclus ; on trouve également de nombreux kystes de 7 à 8 u avec double paroi, 4 noyaux et dans quelques-uns un filament chromidien réfringent.

Le foie : déborde légèrement les fausses côtes, un peu douloureux à la palpation au niveau du lobe gauche, mais pas de point douloureux bien localisé, le bord supérieur n'est pas surélevé à la percussion.

Les points phréniques sont nets : point xyphoïdien droit, pas de points parasternaux, point sterno-mastoïdien droit, rien à gauche. L'épaule droite est un peu douloureuse au palper.

Les poudrons : Le malade tousse, mais ne craché pas. A la percussion la submatité de la base droite est nette la respiration y est également un peu diminuée, on ne constate aucun râle.

Les autres organes sont normaux. La rate n'est pas accessible à la palpitation.

Urine un peu forcées, ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires mais urobiline en quantité notable.

Évolution : Le malade dès son entrée reçoit une médication d'agression consistant en 4 piqûres d'émétine de 0,08 centigrammes, avec recherche de l'état de la tension artérielle en qui reste normale. Le syndrome dysentérique s'améliore en 48 heures — puis trois séries d'émétine de 0,04, puis 0,06, — 0,08, trois piqûres à chaque série, avec dans l'intervalle une injection de 0,30 de 914 selon la technique de M. Ravaut.

Le 28 avril après 3 piqûres de 914 et 0,86 d'émétine l'état est considérablement amélioré. La submatité de la base droite a disparu, le foie n'est pas douloureux le point phrénique xyphoïdien droit persiste encore, le point sterno-mastoïdien a disparu L'urobiline est en quantité très faible.

Pendant le séjour de ce malade à l'hôpital on pratique :

1° *Un examen de sang* qui montre une éosinophilie nette.

2° *Un examen radioscopique* culs de sac costô-diaphragmatiques clairs, mobiles des deux côtés. L'ombre hépatophrénique examinée de face et de profil présente un contour régulier et est exempte de voussure. Après distension gazeuse du gros intestin on voit que le lobe gauche du foie forme une

montré que ce malade était porteur d'une hépatite chronique amibienne, le traitement par l'émétine ayant amélioré ses manifestations hépatiques aussi rapidement que ses manifestations intestinales.

saillie qui débordé l'ombre vertébrale et dont la limite est relativement nette.

De profil, la saillie signalée sur le lobe gauche du foie se projette à la partie antérieure de l'abdomen.

En résumé, il s'agit donc d'un malade dysentérique chez lequel la dysenterie amibienne a évolué pendant plus de vingt ans sans aucun traitement spécifique et qui au cours de ces vingt années, en 1905 et en 1916, a présenté des réactions hépatiques qui n'ont jamais eu aucune tendance à la suppuration. L'examen nous a

Étude clinique

A la période d'état, on observe au cours de l'hépatite amibienne chronique trois signes cardinaux :

« Ce sont les manifestations hépatiques proprement dites, les signes de réaction pleuro-pulmonaire au niveau de la base droite et les symptômes d'irradiation phrénique que traduit surtout la douleur de l'épaule ». (Paisseau et Hutinel.)

Phénomènes hépatiques : Ceux-ci sont le plus souvent discrets à la période d'état. Les malades se plaignent d'une sensation de gêne, de pesanteur douloureuse dans l'hypocondre droit exagérée par les mouvements et la toux. Dans quelques cas les phénomènes douloureux sont plus accusés, il s'agit alors d'un véritable point de côté hépatique siégeant soit en avant au niveau du lobe gauche, soit en arrière s'accompagnant d'une respiration diminuée au niveau de la base droite. Nous verrons du reste que ces manifestations aiguës sont surtout caractéristiques au moment des poussées évolutives de la maladie.

L'état du foie est en général difficilement appréciable. S'il déborde les fausses côtes, c'est seulement d'un ou deux travers de doigt ; on ne constate presque jamais une augmentation sensible de l'organe. C'est cette absence de l'hypertrophie de l'organe qui ajoutée aux autres symptômes permet de séparer cette hépatite chronique, des congestions hépatiques observées au cours de l'amibiase et de certaines formes à évolution lente décrites par M. Ravaut sous le nom de gros foies bosselées amibiens.

Les stigmates d'insuffisance hépatique n'ont pu être recherchés au cours de l'hépatite chronique ; le seul symptôme que nous ayons pu relever est l'urobilinurie qui très nette chez notre malade, a rétrocedé en même temps que s'amélioraient les autres signes hépatiques sous l'influence du traitement.

Enfin si la palpation du foie montre que fréquemment il n'est pas augmenté de volume, elle met encore en évidence un autre signe important, c'est l'absence de douleur vive en un point localisé. Ravaut et Charpin insistent avec juste raison sur la douleur exquise, bien limitée que l'on observe au cours des abcès du foie. Dans l'hépatite chronique la douleur est diffuse, siégeant en avant ou en arrière et prédominant dans les points où l'organe est le plus facilement accessible, hypochondre droit et région épigastrique.

La douleur à l'épaule droite est un symptôme sur lequel tous les malades insistent d'une manière constante. Cette douleur se présente rarement sous forme

de réaction douloureuse diffuse, sensation de gêne exagérée par les mouvements. Le plus souvent il s'agit d'une douleur bien localisée en arrière, à un ou deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate dans sa partie externe. Cette douleur est continue, ne paraît pas exagérée par les poussées évolutives et peut être assez vive pour amener de l'insomnie, comme chez un malade dont nous relatons plus loin l'observation.

Les signes d'irritation du nerf phrénique, sur lesquels insistent avec raison M^r Paiseau et Hutinel se présentent d'une manière constante chez tous les malades. Cette névralgie phrénique n'avait été signalée que d'une manière tout à fait passagère. On ne la trouve décrite ni au cours des congestions hépatiques d'origine amibienne, ni au cours des hépatites aiguës abortives décrites par Françon. Les seuls auteurs qui avaient attiré l'attention sur ce symptôme important sont Fontan, qui parlant de la participation du diaphragme au cours de la migration thoracique des abcès du foie signale outre la douleur en bretelle et la toux spéciale « un point névralgique plus ou moins aigu dans la fosse sus-épineuse » et M^r Grall qui, décrivant une forme d'amibiase hépatique chez les paludéens, parle sans insister de participation du phrénique.

La névralgie du phrénique se présente avec une acuité variable mais dans la plupart des cas on trouve très nettement le point xyphoïdien et le sterno-mastoïdien, par contre les points parasternaux sont plus difficilement mis en évidence étant donnée la profondeur

du nerf à cet endroit — signe très important, ne manquant jamais, la névralgie phrénique presque toujours à droite, rarement à gauche, rétrocede rapidement sous l'influence de l'émétine et M^{rs} Paiseau et Hutinel ont eu raison d'en faire un signe capital. A côté de ces symptômes hépatiques et périhépatiques on peut constater d'autres signes d'ordre général et local.

Les symptômes respiratoires : au niveau de la base droite sont presque constants, soit signes de percussion, matité, submatité, soit signes d'auscultation, bronchite unilatérale, congestion de la base droite, frottements pleuraux ; ce qui les caractérise, c'est leur persistance, leur unilatéralité, l'efficacité qu'a sur leur disparition le traitement par l'émétine. Ils sont si accusés dans quelques cas qu'ils peuvent devenir prédominants, aussi reviendrons-nous sur leur description, en relatant plus loin des observations de forme respiratoire de l'hépatite amibienne chronique.

On peut enfin observer des signes généraux. Ceux-ci sont rarement accusés, on ne retrouve qu'exceptionnellement dans les observations du subictère ou des poussées ictériques véritables, les malades sont en général affaiblis, amaigris du fait de leur séjour aux colonies. La température est rarement au-dessus de 38° à la période d'état, le pouls ne présente pas de modifications notables.

Le début de l'hépatite amibienne chronique peut être lent et insidieux ; il s'agit alors de malades qui se plaignent depuis longtemps de gêne et de pesanteur

dans le côté droit, de troubles gastro-intestinaux mal caractérisés et de douleurs vives à l'épaule droite. Mais le plus souvent le début est plus caractérisé, comme dans l'observation que nous rapportons au début de cette thèse. Dans ce cas la température monte et peut prendre l'aspect d'accès intermittents. Le foie est gros, douloureux, débordant les fausses côtes, on observe des signes de congestion pulmonaire à la base droite, la douleur à l'épaule est vive, quelquefois on constate des vomissements alimentaires, puis bilieux.

Somme toute signes de congestion hépatique comme on peut en voir au début des hépatites aiguës évoluant vers la suppuration ou arrêtées dans leur évolution par le traitement à l'éméline (Françon, Hépatites aiguës abortives). Mais ce qui caractérise cette congestion hépatique du début de l'hépatite chronique, c'est que ces accidents sans traitement spécifique rétrocedent d'eux-mêmes, donnant secondairement le syndrome tel que nous venons de le décrire à sa période d'état ; des poussées évolutives pouvant de temps en temps se produire rappelant l'acuité des signes du début.

Quand ces phénomènes accompagnent une crise dysentérique typique, ou que le malade vieux dysentérique présente une diarrhée chronique rebelle, le diagnostic est assez aisé. Mais il n'en est pas toujours ainsi et les rapports de l'hépatite amibienne chronique et de la dysenterie sont très variables. Souvent cette hépatite est constatée au moment où l'on ne peut déceler aucun symptôme d'ordre intestinal ; pour peu que le malade

soit un paludéen on pensera à la congestion paludéenne du foie et on essaiera un traitement quinique qui restera sans résultat. Nous reviendrons ultérieurement sur les rapports du paludisme et de l'hépatite ambiennne chronique. Nous rapportons dès maintenant deux observations d'hépatite ambiennne chronique revêtant un aspect bien caractéristique.

OBSERVATION II (résumée)

PAISSEAU et HUTINEL, *in annales de médecine*

Zi-Amar, 3^e spahis, entre à l'hôpital de Mecknès avec le diagnostic de *congestion paludéenne du foie*, le 15 novembre 1917. Cet homme aurait eu deux ans auparavant, sur le front français, des troubles digestifs vagues, accompagnés de bronchite. Il y a deux mois à la suite d'une course à cheval, il ressent brusquement un point de côté à la base droite et une douleur vive à l'épaule du même côté. Quinze jours après il se produit une crise intestinale dysentérique avec ténesme, qui ne dure que trois ou quatre jours.

Malade amaigri, débilité, se plaignant de vives douleurs hépatiques et d'un endolorissement à l'épaule droite.

A l'examen le foie est un peu gros, débordant les fausses côtes de deux travers de doigt. La palpation est douloureuse entre l'appendice xyphoïde et les fausses côtes droites.

Les points xyphoïdien et sterno-mastoïdien à droite sont très accusés et ne sont pas décelables à gauche.

La base pulmonaire droite est submate, avec obscurité

respiratoire, rales sibillants et quelques sous-crépitants. La température est à 37.

Pas d'hématozoaires dans le sang, ni de kystes amibiens dans les selles malgré trois examens pratiqués.

Le malade reçoit 10 piqûres d'émétine de 0,08 centigrammes. L'effet en est très rapide; au bout de 48 heures les signes d'auscultation de la base droite s'amendent. La douleur hépatique et celle de l'épaule sont en régression, et à la fin du traitement il ne se plaint plus que d'une sensation de gêne et de pesanteur dans le côté droit. Le malade sort de l'hôpital, remonte à cheval, il est repris des mêmes accidents que ci-dessus; un nouveau traitement à l'émétine est institué et son état général étant médiocre, il est proposé pour le rapatriement, gardant seulement un peu de gêne dans le côté droit.

OBSERVATION III (Inédite)

(Due à l'obligeance de MM. Paiseau et Hutinel)

Le malade L. M.... Joseph entre à l'hôpital de Meknès le 14 août 1918.

En 1906 à Saïgon, dysenterie amibienne, congestion du foie, ponction sans résultat, traitement par l'ipéca à la brésilienne, le tout ayant duré une quinzaine de jours.

Depuis cette époque n'a subi aucun traitement.

En 1917 à Fez fait une crise de dysenterie amibienne avec fièvre sans réaction hépatique douloureuse. On le traite par des piqûres d'émétine.

En 1918 à Arbalou nouvelle atteinte de diarrhée, mais

sans glaires, ni sang. Ressent une douleur à l'épaule droite qui n'a pas duré. Point de côté hépatique assez violent, gênant la respiration, pas d'ictère. La température était à 39°. Pilules de calomel, compresses chaudes. Ces accidents s'améliorent et 8 jours après, il entre à l'hôpital de Meknès.

A son entrée : le foie est douloureux, débordant les fausses côtes, les points xyphoïdiens ne sont pas nets, par contre on trouve à droite le point sterno-mastoïdien.

Rales ronflants et sibilants à la base droite.

Le malade reçoit 4 piqûres d'émétine à 0,08 centig.

—	—	2	—	—	à 0,06	—
—	—	4	—	—	à 0,04	—

La température qui était à 37,5 tombe à 37. L'amélioration est très rapide.

L'examen des selles pratiqué dès le début avait montré des kystes amibiens.

Forme pulmonaire. — Dans quelques cas les réactions hépatiques peuvent passer inaperçues devant l'intensité des manifestations pulmonaires. Alors que dans les hépatites aiguës ou suppurées, les réactions congestives pleuro-pulmonaires ne sont qu'au second plan, dans la forme que nous étudions, ces réactions peuvent être prédominantes et affecter une allure chronique rebelle à tout traitement, si on ne les rapporte pas à leur cause véritable. Les deux observations que nous donnons ci-après nous montrent tout l'intérêt qu'il y a de faire un diagnostic précoce.

OBSERVATION IV

(in annales de médecine 1919)

M..., 32 ans, est atteint au mois de décembre 1917 de bronchite persistante ; peu après on aurait constaté des symptômes d'emphysème, la toux est fatigante, sans expectoration.

Deux mois après, en février, sans avoir présenté antérieurement d'autres phénomènes intestinaux, il émet des selles sanglantes allant jusqu'à l'émission de sang pur en assez grande abondance, sans ténésme ni autres symptômes douloureux.

Au mois de mai les signes intestinaux persistent encore avec des selles sanglantes, un abdomen météorisé et douloureux, les troubles respiratoires sont presque prédominants : sibilances disséminées dans toute l'étendue du poumon droit mais plus accentuées au niveau de la base droite où on entend des signes de congestion, la respiration est soufflante au sommet du même côté avec quelques râles humides.

Du côté gauche on trouve aussi des râles sibilants.

Le foie n'est pas hypertrophié, seulement sensible dans la région épigastrique droite ; le malade accuse une douleur thoracique en ceinture, une douleur vive et persistante à l'épaule droite, les points phréniques xyphoïdien et sternomastoïdien sont d'une grande netteté.

Trois jours après le début du traitement par l'émétine, l'amélioration des signes pulmonaires et phréniques et des phénomènes douloureux spontanés est manifeste. A la fin du traitement il y a disparition à peu près complète des symptômes hépatiques, respiratoires et des troubles intestinaux.

OBSERVATION V

(Inédite due à MM. PAISSEAU et HUTINEL)

Le malade S..., Auguste, du 1^{er} Etranger, entre à l'hôpital de Meknès pour : *pleurite droite aiguë* le 28 septembre 1918. Est au Maroc depuis décembre 1914. En avril 1917, diarrhée simple, puis 15 jours après syndrome dysentérique typique durant 8 jours et cédant à 0,04 centig. d'émétine.

A l'entrée, le malade a de la pleurite droite, avec en même temps point de côté hépatique, douleurs à l'épaule droite, de la toux. La température reste à 39 pendant 6 jours. Les signes dysentériques reparaissent ; sous l'influence de 4 injections d'émétine les phénomènes rétrocedent. Les signes pleuraux et hépatiques s'atténuent.

Le malade révu peu de temps après est anémique et souffre du côté droit. Le foie n'est plus hypertrophié, mais douloureux dans la région épigastrique. Le point phrénique xyphoïdien droit est très net. Submatité de la base droite. Une injection d'émétine améliore tous ces signes dès le lendemain.

Ces deux observations qui nous montrent la rétrocession rapide des signes respiratoires sous l'influence de l'émétine, alors que le traitement habituel de ces manifestations pleuro-pulmonaires était resté sans résultat, sont une preuve de tout l'intérêt qu'il y a de les rapporter à leur cause.

« En l'absence de tout signe physique et fonctionnel hépatique, il faudra se contenter des signes phréniques,

douleur de l'épaule droite et points phréniques pour soupçonner chez un ancien dysentérique présentant des troubles respiratoires, une atteinte amibienne du foie ».

Forme associée au paludisme. — Dans cette forme le diagnostic peut être fort délicat, les manifestations hépatiques pouvant être mise sur le compte du paludisme et traitées par la quinine qui dans ces cas ne donne aucun résultat. Le malade de notre observation n° 1 en est un bel exemple puisque 2 fois il présenta au cours de l'évolution de son hépatite des poussées évolutives avec accès palustes intermittents l'injection de quinine n'ayant contribué qu'à exagérer les troubles gastriques concomitants.

M^r Grall, dans les bulletins de la société de pathologie exotique, janvier 1917, a décrit une hépatite amibienne fruste chez des paludéens de l'armée d'orient. L'observation que nous rapportons ci-après nous montre qu'il s'agit d'hépatite chronique.

OBSERVATION VI

(Inédite due à M^{rs} PAISSEAU et HUTINEL

Le malade F., de l'Artillerie Coloniale, entre à l'hôpital de Meknès le 10 juillet 1918 pour paludisme et hépatite.

En 1912 a eu la dysenterie amibienne à Saïgon. Traitée par des piqûres d'émétine pendant 8 jours, cette dysenterie persiste toute l'année. — 2 mois après le début, a présenté de la congestion hépatique : douleurs hépatiques, foie très gros violentes douleur à l'épaule droite, température à 38. Le seul traitement appliqué fut une ponction du foie qui n'a pas don-

né de résultat. Ces symptômes guérissent relativement sans émétine.

A la suite de cette congestion hépatique, le malade présente de la douleur intermittente du côté droit avec par intermittence de la douleur à l'épaule droite, point de côté hépatique, et quelques vomissements sans que la température monte au-dessus de 38°.

Presque tous les mois, à la suite de fatigues ou d'écarts de régime le malade présente des réactions hépatiques, analogues à celle décrite ci-dessus, une ou deux de ces crises s'étant accompagnées d'ictère franc.

Le malade en Indo-Chine a eu des rechutes fréquentes de dysenterie.

En 1916 en Macédoine rechute de dysenterie.

En 1918 nouvelle poussée hépatique durant 4 ou 5 jours.

En Macédoine, pendant l'année 1916 contracte le paludisme et présente des accès pendant quelques mois, le dernier accès étant survenu en juin 1917.

A l'entrée à l'hôpital le malade accuse une douleur hépatique qui s'est réveillée il y a 4 jours. Très légère douleur à l'épaule, pas de toux, vomissements bilieux, diarrhée légère. Le foie n'est pas augmenté de volume, la rate est grosse. La base droite est mate, avec obscurité respiratoire et diminution des vibrations. La névralgie phrénique est très nette. L'urobiline est en quantité abondante dans l'urine, la température est à 37,5. Etant donné la présence d'amibes dans les selles et l'absence d'hématozoaires dans le sang on pense à une hépatite amibienne chronique. Un traitement à l'émétine, à la dose de 0,08 par jour est institué et dès le 17 juillet les douleurs spontanées disparaissent en même temps que la névralgie phrénique rétrocede.

Évolution

Plus encore que son aspect clinique, c'est son évolution qui caractérise l'hépatite amibienne chronique. En effet ces manifestations hépatiques n'ont jamais aucune tendance à la suppuration, et ceci malgré l'absence de tout traitement spécifique. Dans une des observations précédentes la dysenterie a évolué pendant vingt ans, avec des troubles fonctionnels survenant sous forme de points de côté hépatiques et douleur à l'épaule droite ; dans une autre elle a évolué pendant 6 ans. L'évolution a été de 17 années dans une observation publiée dans les annales de Médecine.

Cette évolution chronique, avec phénomènes douloureux vagues dans le côté droit et douleur à l'épaule est entrecoupée d'accidents plus aigus, véritables poussées évolutives qui peuvent se présenter sous des aspects différents.

Tantôt la température est élevée et monte à 40, mais affecte le type intermittent ; l'hépatomégalie est nette, on peut observer du subictère, les urines sont foncées,

contiennent de l'urobiline ; ces troubles hépatiques accompagnés de congestion pulmonaire à la base droite rétrocedent spontanément. Chez notre malade n° 1 ces manifestations furent particulièrement typiques, se produisant 2 fois en 20 ans.

Tantôt, au contraire les accidents sont moins aigus, point de côté hépatique, un peu de gêne respiratoire, douleur à l'épaule droite ; la congestion du foie reste légère ; la température se maintient à 38° pendant quelques jours et ces accidents regressent par le repos, sans traitement spécifique.

Enfin dans quelques cas le seul trouble fonctionnel signalé par les malades est une douleur persistante dans le flanc droit où à l'épaule sans que l'on puisse retrouver dans leur histoire d'accidents dans le genre de ceux décrits ci-dessus.

En résumé évolution chronique, sans aucune tendance à la suppuration, avec poussées évolutives plus ou moins caractérisées.

*
* *

[L'hépatite amibienne chronique se distingue nettement des autres manifestations de l'amibiase au niveau du foie décrites jusqu'à ce jour.

Fontan dans son livre sur les Abscesses du Foie décrit des formes larvées, latentes ou frustées ; évoluant toujours vers la suppuration. L'hypertrophie hépatique est la règle et l'abcès du foie ne se révèle souvent que par une fièvre à grandes oscillations ou par son ouverture spon-

tanée dans le péritoine ou les bronches.

Françon qui vient de consacrer une thèse très complète aux hépatites aiguës abortives les définit ainsi : « Un syndrome d'accidents hépatiques aigus, identique à l'abcès du foie au point de vue clinique, radioscopique et hématologique : le caractère majeur et exclusif est la guérison par le traitement médical émétine et 914, isolés ou associés, sans opération, ponction évacuatrice, ni issue spontanée du pus ». Cette définition nous montre toute la différence qui existe entre l'hépatite chronique dont les accidents aigus rétrocedent sans traitement et cette forme qui sans intervention aboutirait rapidement à la suppuration.

Enfin les formes paradoxales de l'amibiase hépatique décrite par Ravaut et Charpin sont des formes atypiques de l'hépatite aigue suppurée et sont à différencier nettement du syndrome qui fait l'objet de cette thèse. Dans ces formes paradoxales, Ravaut et Charpin insistent sur la dissociation qui peut exister entre les réactions hépatiques et intestinales. Ils signalent l'absence d'amibes et de kystes dans les selles au cours de l'évolution d'un abcès du foie. Nous reviendrons sur les rapports de l'hépatite chronique et de l'entérite dysentérique à propos du diagnostic positif.

* * *

Si le pronostic de l'hépatite amibienne chronique non traitée est moins sombre que celui des hépatites suppurées, il ne faut pas se dissimuler qu'il y a le plus grand intérêt à faire un diagnostic précoce. Le

malade que nous avons vu à l'hôpital Laennec était amaigri, anémié ; les malades des observations que nous rapportons étaient dans un état de santé précaire. Le danger dans l'hépatite chronique n'est pas au foie, mais il réside dans ce fait que l'amibiase non traitée continue son évolution et peut être aggravée par un certain degré d'insuffisance hépatique,

Diagnostic

Le diagnostic positif de l'hépatite amibienne chronique est facile quand le malade est un dysentérique avéré. Dans notre observation n° 1, la coexistence des signes hépatiques et d'une diarrhée dysentérique typique, avec amibes dans les selles, ne permettait aucune hésitation. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Parfois les malades présentent seulement une diarrhée chronique sans glaire ni sang, parfois même quelques troubles gastro-intestinaux mal caractérisés. Dans quelques cas enfin la dysenterie amibienne semble postérieure aux accidents hépatiques, tout comme Mauté (Presse médicale 1916) l'a signalé au cours des hépatites aiguës.

On conçoit que dans de pareils cas, il est nécessaire de rechercher avec soins les parasites dans les selles, pour que des accidents intestinaux d'apparence banale puissent être reconnus comme relevant de la dysenterie amibienne.

La recherche des amibes et des kystes dans les

selles est dans les cas douteux d'une importance capitale. Nous ne reviendrons pas sur sa technique, si bien mise au point par Mathis et Mercier, Carles et Barthélemy, Ravaut et Charpin. Mais cette recherche de parasites dans les selles est loin de donner toujours des résultats positifs. On doit répéter les examens, provoquer l'apparition des parasites par des purgatifs énergiques ou mieux par le lavement iodo-ioduré de Mauté qui est de beaucoup le meilleur procédé. Malgré cela les examens négatifs sont assez fréquents, et souvent on ne trouve ni amibes, ni kystes. Charpin, dans sa thèse, a montré qu'au cours des accidents hépatiques aigus il se produit au niveau du foie un véritable abcès de fixation, et que la cessation de l'amibiase intestinale est analogue à la rétrocession de l'écoulement urétral au cours de l'orchite blennorragique. Dans l'hépatite amibienne chronique ces faits sont moins fréquents et moins typiques qu'au cours des hépatites suppurées, mais doivent être cependant signalés puisque dans trois de nos observations la recherche des kystes amibiens malgré des examens répétés est restée négative.

* * *

En dernier lieu, quand il n'y a pas de signes d'entérite dysentériforme et que la recherche des kystes amibiens reste négative, il ne faut pas écarter le diagnostic d'hépatite amibienne chronique et recourir à l'épreuve du traitement par l'émétine. Cette épreuve

diagnostique conseillée par MM. Paiseau et Hutinel dans leur communication du 8 novembre 1918 pour l'hépatite amibienne chronique, est conseillée également pour les hépatites aiguës par MM. Ravaut et Charpin (Presse médicale du 10 février 1919). « Ce sont les effets si constants, si immédiats de ce médicament sur les phénomènes douloureux, les signes respiratoires et l'état général qui mettent souvent hors de doute l'origine amibienne des accidents » (in *Annale de Médecine* 1919).

*
**

Nous avons vu plus haut qu'en présence de signes pulmonaires persistants et plus accusés du côté droit il faut penser à une réaction d'origine hépatique, que dans les formes associées au paludisme la quinine restant sans résultat doit orienter les recherches dans le sens de l'amibiase. La triade symptomatique : manifestations hépatiques avec foie augmenté ou même normal malgré la longue durée de l'affection, la névralgie phrénique, les signes d'irritation de la base droite permettent de distinguer cette hépatite chronique des gros foies bosselés amibiens décrits par M. Ravaut, ou de l'abcès du foie, dans lequel entre la fièvre et la tuméfaction hépatique, un point hépatique nettement localisé, la polynucléose et l'examen radioscopique lèveront tous les doutes.

Anatomie pathologique

Les lésions que MM. Paisseau et Hutinel ont constatées à l'autopsie d'un sujet porteur d'une hépatite chronique, et ayant succombé à une affection intercurrente, ont été minimes macroscopiquement au point de vue hépatique.

Par contre dans ce cas, ils avaient pu constater l'existence d'une périhépatique sous-diaphragmatique très marquée, qui expliquait les symptômes observés cliniquement; ces symptômes traduisent l'irritation diaphragmatique. Cette existence de la périhépatie adhésive semble être le reliquat d'un phénomène aigu, comme toutes les adhérences péritonéales qui suivent les réactions intra-abdominales aiguës. On peut donc se demander, si les poussées évolutives qui viennent entrecouper l'évolution de l'hépatite chronique, ne donnent pas une réaction hépatique d'ordre congestif, qui rétro-cédant spontanément laissent comme reliquat une péritonite limitée au pourtour de l'organe. Ce qui semblerait le prouver, c'est que si la médication par l'émétine

agit rapidement sur les poussées évolutives de l'hépatite chronique, et sur les symptômes bien caractérisés de péritonite sous-diaphragmatique, par contre dans quelques observations, notamment dans l'observation n° 2 que nous publions, le malade a gardé malgré le traitement une sensation de gêne douloureuse du côté droit témoignent une péritonite adhésive que la médication spécifique n'avait pu faire rétrocéder complètement. Cette inefficacité du traitement spécifique sur les lésions cicatricielles s'observe aussi nettement dans la syphilis et dans le paludisme.

MM. Achard et Foix, dans deux cas d'amibiase hépatique tradive à forme nodulaire, se présentant cliniquement comme une cirrhose hypertrophique ont trouvé un foie hypertrophié et scléreux présentant des nodules jaune soufre ressemblant à des gommes syphilitiques. Histologiquement on pouvait déceler 3 zones dans lesquelles se trouvaient des amibes réfringentes avec des vacuoles et des globules rouges inclus.

Traitement

Comme toute complication de l'amibiase l'hépatite chronique est justiciable du traitement par l'émétine ; cette médication agit avec une rapidité telle que nous avons relaté plus haut l'intérêt de l'épreuve thérapeutique dans les cas de diagnostic douteux. Si l'efficacité du traitement par l'émétine au cours de l'amibiase n'est mise en doute par aucun des auteurs, par contre les opinions sont encore très différentes quant à la posologie de ce médicament. La tolérance du sujet est un facteur très important, le choix d'une bonne préparation en est un autre.

Pendant la médication il faut surveiller le malade, examiner le cœur, et surtout prendre la tension artérielle, sa baisse rapide étant un des premiers signes d'intolérance. Les accidents qui surviennent au cours du traitement sont de trois ordres.

1° Les piqûres sont douloureuses et mal supportées localement, cet accident tient soit à une préparation irritante, soit à une injection faite trop superficielle-

ment. A ces troubles locaux peuvent s'ajouter quelques nausées.

2° Des accidents plus graves peuvent survenir au cours du traitement ; ils sont caractérisés par une hypotension manifeste avec affaiblissement des contractions cardiaques.

3° Des accidents graves peuvent survenir après la cessation du traitement. Ces accidents résultent de l'accumulation de l'émétine dans l'organisme.

« Les signes d'intoxication consistent en vertiges, vomissements, diarrhée, faiblesse des pouls et lipothymie ; ils présentent cette particularité de survenir quelques jours après la suppression du médicament, ce qui concourt avec la notion de l'accumulation et rend illusoire toute surveillance de l'action toxique de l'émétine ». (Paisseau et Hulinel).

Cette notion de la toxicité de l'émétine et de l'accumulation du médicament domine toute la posologie. Il faut agir par doses fractionnées et espacées largement, ne pas dépasser 0,08 centigrammes par jour, l'action du médicament sur les symptômes cliniques pouvant permettre de diminuer la quantité injectée. Et tout cas la dose de 0 gr. 50 en une série paraît être une dose susceptible d'éviter les accidents graves. Enfin l'association du 914 à l'émétine, préconisée par M. Ravaut donne de bons résultats : « L'action déprimante de l'un est corrigée par l'action eutrophique de l'autre, tous deux combattent efficacement l'amibe dysentérique (Ravaut et Krobunitzky).

Pour notre part nous croyons que le traitement initial doit être une médication d'agression, selon l'heureuse formule du professeur Carnot à propos du paludisme, l'association de l'émétine et du 914 n'étant pratiquée qu'après cette « médication d'agression ».

CONCLUSIONS

A côté des hépatites amibiennes aiguës il existe des hépatites amibiennes chroniques. Celles-ci peuvent se présenter sous forme de cirrhose hypertrophique nodulaire, mais beaucoup plus souvent elles se présentent avec un tableau clinique qui est celui d'une péri-hépatite sous-diaphragmatique.

Les symptômes de cette forme d'hépatite chronique sont : réaction pleuro-pulmonaire de la base droite, névralgie phrénique, peu ou pas d'augmentation de volume du foie.

L'évolution est essentiellement chronique, entrecoupée de poussées aiguës et n'aboutit pas à la suppuration.

L'action de l'émétine sur cette forme de l'amibiase hépatique est aussi manifeste que sur toutes les autres complications de l'amibiase.

Vu :

Le Président de Thèse,

CARNOT.

Vu :

Le Doyen

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

POINCARÉ.

Ouvrages consultés

DOPTER : Les Dysenteries (Doin 1910).

FONTAN : Les grands abcès du Foie (Doin 1909).

CASTAIGNE ET CHIRAY : Manuel de Médecine. — Maladies du foie.

CARNOT ET TURQUETY : Paris Médical, 1^{er} décembre 1917.

RAYAUT : Syphilis, Paludisme et Amibiase (Masson 1918).

CHARPIN : Thèse Paris 1920.

FRANÇON : Thèse Paris 1919.

ACHARD ET FOIX : (Académie de Médecine, juillet 1914).

GRALL : (Bulletin Société Pathol. exotique, janvier 1917).

PAISSEAU ET UTINEL : (Société Médicale des Hôpitaux, 8 nov. 1918 et Annales de Médecine n° 1 1919.

MATHIS : (Paris Médical, 17 mai 1919).

MAUTÉ : (Presse médicale, 26 octobre 1916).

BARTHÉLEMY : Essai de coprologie microscopique (Kigit 1917).

CARLES ET BARTHÉLEMY : (Paris Médical, 1^{er} décembre 1917).

RAYAUT ET CHARPIN : (Journal Médical Français, août 1919).

Imprimerie Spéciale de la Librairie OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26. — Paris
